

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1

ANNEE 1981 N° 146

DE L'HOPITAL AU DOMICILE

*" A propos du devenir des 924 personnes
âgées de plus de 80 ans, admises en 1978
à l'Hôpital de Chambéry, et de 34 observations
privilégiées de patients rencontrés à domicile "*

THESE

présentée

*à l'Université Claude Bernard - Lyon I
U.E.R. Faculté de Médecine Alexis Carrel*

*et soutenue publiquement le 28 Avril 1981
pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine*

PIERRE BASSET

*né le 25 Juin 1948
à Saint Cyr au Mont d'Or (Rhône)*

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD, LYON 2

ANNO 1991



Digitized by the Internet Archive
in 2026

THESE

PIERRE BASSET

LE 26-05-1991

https://archive.org/details/IA41554204_0001

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1

ANNEE 1981 N°

DE L'HOPITAL AU DOMICILE

*" A propos du devenir des 924 personnes
âgées de plus de 80 ans, admises en 1978
à l'Hôpital de Chambéry, et de 34 observations
privilegiées de patients rencontrés à domicile "*

THESE

présentée

à l'Université Claude Bernard - Lyon I

U.E.R. Faculté de Médecine Alexis Carrel

et soutenue publiquement le 28 Avril 1981

pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

PIERRE BASSET

né le 25 Juin 1948

à Saint Cyr au Mont d'Or (Rhône)

1901

OF THE UNIVERSITY OF TORONTO

A. J. C. ...
...
...
...



...
...
...
...

1901

...

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1

Président de l'Université : L. DAVID

Secrétaire Général : M. MARIANI

-o-O-o-

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

ET LEUR DIRECTEUR

ALEXIS CARREL - Professeur R. MORNEX

GRANGE BLANCHE - Professeur ZECH P.

LYON NORD - Docteur MINAIRE Y. (Maître de Conférences Agrégé)

LYON SUD - Professeur NORMAND J.

-o-O-o-

BIOLOGIE HUMAINE - Docteur REVILLARD J.-P. (Maître de Conférences Agrégé)

TECHNIQUES DE READAPTATION - Professeur MORGON A.

SCIENCES PHARMACEUTIQUES - Professeur BIZOLLON C.-A.

SCIENCES ODONTOLOGIQUES - Professeur PARRET J.

INSTITUT REGIONAL D'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE - M. MILLON A.

MATHEMATIQUES - Professeur PICARD P.

PHYSIQUE - Professeur DELMAU J.

CHIMIE ET BIOCHIMIE - Madame VARAGNAT A. Maître Assistante

SCIENCES DE LA NATURE - Professeur LEMOIGNE Y.

SCIENCES PHYSIOLOGIQUES - Mle le Professeur WORBE J.-F.

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N°1 - Professeur VILLE

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N°2 - Professeur GALLET
Directeur ENSAM

OBSERVATOIRE - M. MONNET G. - Astronome Adjoint

PHYSIQUE NUCLAIRE - Professeur GUSAKOW M.

U.E.R. DE MECANIQUE - Professeur COMTE-BELLOT G.

RESPONSABLES D'ENSEIGNEMENT

DE LA FACULTE ALEXIS CARREL

1er Cycle :

ANATOMIE : Monsieur le Professeur Alain BOUCHET

HISTOLOGIE-EMBRYOLOGIE-CYTOGENETIQUE-BIOLOGIE
Monsieur le Professeur Christian GIROD

CHIMIE-BIOCHIMIE-STRUCTURALE : Monsieur le Docteur Claude NOFRE
Maître de Conférences Agrégé

BIOCHIMIE MEDICALE : Monsieur le Professeur Jean-André BERTRAND

MATHEMATIQUES-STATISTIQUES : Monsieur le Professeur Jean SITE

PHYSIOLOGIE : Monsieur le Professeur Michel PELLET
Monsieur le Docteur Michel SCHMITT Maître de Conférences Agrégé

PHYSIQUE-BIOPHYSIQUE : Monsieur le Professeur Michel BERGER

PSYCHOLOGIE MEDICALE : Monsieur le Professeur Jean GUYOTAT

SCIENCES SOCIALES ET ECONOMIE MEDICALE : Monsieur le Professeur Louis ROCHE

2ème Cycle :

ANATOMIE PATHOLOGIQUE : Monsieur le Professeur Michel TOMMASI
Monsieur le Docteur Robert LOIRE, Maître de Conférences Agrégé

BACTERIOLOGIE : Monsieur le Professeur Jean FLEURETTE

CANCEROLOGIE : Madame le Docteur CHEIX

CARDIOLOGIE : Monsieur le Professeur Jean-Pierre DELAHAYE
Monsieur le Docteur Jacques BEAUNE, Maître de Conférences Agrégé

CHIRURGIE CARDIAQUE : Monsieur le Docteur Gérard CHAMPSAUR
Maître de Conférences Agrégé

CHIRURGIE DIGESTIVE : Monsieur le Professeur Paul MAILLET

CHIRURGIE INFANTILE : Monsieur le Docteur Maurice DAUDET
Maître de Conférences Agrégé

CHIRURGIE OSSEUSE-ORTHOPEDIQUE :
Monsieur le Professeur Georges de MOURGUES
Monsieur le Professeur Jean-Jacques COMTET

CHIRURGIE VASCULAIRE : Monsieur le Professeur Jacques DESCOTES

DERMATOLOGIE : Monsieur le Docteur PERROT Maître de Conférences Agrégé

ENDOCRINOLOGIE ET NUTRITION : Monsieur le Docteur François BERTHEZENE
Maître de Conférences Agrégé

GASTRO-ENTEROLOGIE : Monsieur le Docteur Louis DESCOS
Maître de Conférences Agrégé
Monsieur le Docteur CHAYVIALLE Jean-Alain
Maître de Conférences Agrégé

GENETIQUE GENERALE : Monsieur le Professeur Michel HERMIER

GYNECOLOGIE : Monsieur le Professeur Yves ROCHET
Monsieur le Docteur Alain BREMOND
Maître de Conférences Agrégé

HEMATOLOGIE : Monsieur le Professeur Jean- Jacques VIALA

HEMOBIOLOGIE : Monsieur le Docteur DEHAVANNE Maître de Conférences Agrégé

HYGIENE : Monsieur le Docteur Jean-Claude MONIER
Maître de Conférences Agrégé

MALADIES INFECTIEUSES : Monsieur Maurice GIROUD
Professeur Agrégé du Val de Grâce

MEDECINE EXPERIMENTALE : Monsieur le Professeur René MORNEX

MEDECINE LEGALE : Monsieur le Professeur Louis ROCHE
Monsieur le Docteur ROUZIOUX Jean-Marc
Maître de Conférences Agrégé

MEDECINE DU TRAVAIL : Monsieur le Professeur Jacques BOURRET

NEPHROLOGIE : Monsieur le Professeur Bernard FRANCOIS

NEURO-CHIRURGIE : Monsieur le Docteur Georges FISCHER
Maître de Conférences Agrégé
Monsieur le Docteur Robert DERUTY
Maître de Conférences Agrégé

NEUROLOGIE : Monsieur le Professeur Michel DEVIC
Monsieur le Docteur Paul TROUILLAS Maître de Conférences Agrégé

OBSTETRIQUE : Monsieur le Professeur René GARMIER

OPHTALMOLOGIE : Monsieur le Professeur Maurice PAUPERT-RAVAULT

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE : Monsieur le Professeur Henri MARTIN

PARASITOLOGIE : Mademoiselle le Docteur Madeleine MOJON
Maître de Conférences Agrégé

PEDIATRIE : Monsieur le Professeur René FRANCOIS
Monsieur le Docteur Louis DAVID
Maître de Conférences Agrégé

PHARMACOLOGIE : Monsieur le Docteur Jean-Claude EVREUX
Maître de Conférences Agrégé

PNEUMO-PHTISIOLOGIE : Monsieur le Professeur Roger TOURAINE
Monsieur le Docteur Jean-Pierre BERNARD
Maître de Conférences Agrégé

PSYCHOLOGIE : Monsieur le Professeur Jean GUYOTAT
Monsieur le Docteur Michel MARIE-CARDINE
Maître de Conférences Agrégé

RADIOLOGIE : Monsieur le Professeur Edouard PINET
Monsieur le Docteur Pierre BUFFARD
Maître de Conférences Agrégé
Monsieur le Professeur CHOLLAT

RHUMATOLOGIE : Monsieur le Professeur Pierre MEUNIER

SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE : Monsieur le Professeur Jacques VIGNAL

SEMEIOLOGIE MEDICALE : Monsieur le Docteur Jacques ORGIAZZI
Maître de Conférences Agrégé

STOMATOLOGIE : Monsieur le Professeur Pierre DUMAS

THERAPEUTIQUE, REEDUCATION ET READAPTATION FONCTIONNELLE
Monsieur le Docteur Michel EYSSETTE Maître de Conférences Agrégé

TRAUMATOLOGIE-CHIRURGIE GENERALE Monsieur le Docteur Georges SPAY
Maître de Conférences Agrégé
Monsieur le Docteur Etienne TISSOT
Maître de Conférences Agrégé

URGENCE-REANIMATION : Monsieur le Professeur Raymond DELEUZE
Madame le Professeur Suzanne ESTANOVE

UROLOGIE : Monsieur le Docteur Paul PERRIN
Maître de Conférences Agrégé

Nous remercions les membres du jury de nous faire
l'honneur de juger ce travail :

Monsieur le Professeur L. ROCHE, président

Monsieur le Professeur A. BEL

Monsieur le Professeur Agrégé J.-P. BERNARD

Monsieur le Professeur Agrégé M. EYSSETTE

Monsieur le Docteur P. CHAPUIS

S O M M A I R E

pages

REMERCIEMENTS

PREMIERE PARTIE : DONNEES GENERALES

INTRODUCTION	1
SITUATION HOSPITALIERE	3
A/ Situation générale	3
B/ Situation gériatrique	4
RAPPEL DEMOGRAPHIQUE	9
METHODOLOGIE	11
A/ Etude des malades hospitalisés	11
B/ Devenir des malades hospitalisés	12
C/ Méthode d'étude des personnes ayant réintégré leurs conditions antérieures ...	14

DEUXIEME PARTIE : RESULTATS D'ENSEMBLE

LA POPULATION HOSPITALIERE	18
A/ Données générales	18
B/ Répartition mensuelle des entrées	18
C/ Nombre d'hospitalisations par malade	18
DUREE MOYENNE DE SEJOUR EN 1978	20
A/ Généralités	20
B/ Comparaison avec les statistiques hospitalières	20
POPULATION ADMISE EN SECTEUR GERIATRIQUE	22
A/ Nombre de personnes admises en Moyen Séjour	22
B/ Répartition par sexe	22
C/ Moyenne d'âge	22
D/ Devenir des malades admis en Moyen Séjour.	22
E/ Nombre de malades admis à l'Hospice	24
ETUDE DES DECES	25

POPULATION AYANT REINTEGRE LES CONDITIONS

ANTERIEURES	27
A/ Nombre	27
B/ Répartition géographique	27
C/ Devenir de la population habitant Chambéry et ses environs	27
D/ Analyse des résultats	29

TROISIEME PARTIE : ETUDE DE LA POPULATION RECHERCHEE A DOMICILE

CEUX RETROUVES	30
A/ Présentation de la population	30
B/ L'attachement au domicile	35
C/ Les vieillards et l'hôpital	37
CEUX NON RETROUVES	47
A/ Difficultés de l'enquête	47
B/ La mort à domicile	47

QUATRIEME PARTIE : REFLEXIONS

SUR LE DOMICILE ET LES FOYERS LOGEMENT	49
DE L'ATTITUDE DU PRATICIEN DEVANT L'HOSPITALISATION D'UN VIEILLARD	50
SUR L'HOPITAL	52

ANNEXE	I
--------------	---

<u>CONCLUSION</u> :	VII
---------------------------	-----

<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	IX
----------------------------	----

PREMIERE PARTIE

DONNEES GENERALES

INTRODUCTION

En deux siècles, la population française totale a doublé.

Durant la même période, le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans a été multiplié par 4,5. Ces données illustrent les problèmes posés par le processus de vieillissement de la population. Les grandes orientations de la politique en faveur du troisième âge, visant à favoriser le maintien à domicile, ont permis des actions qui n'ont été souvent que fragmentaires, disjointes ou insuffisantes.

S'il n'est pas facile de maintenir les vieillards à domicile, il est encore plus difficile de pourvoir à leur retour à domicile après une hospitalisation.

Le but de ce travail est d'étudier le devenir de la population âgée hospitalisée à l'hôpital de Chambéry.

Nous avons limité l'étude à la population de plus de 80 ans pour les raisons suivantes :

.elle représente un ensemble d'importance significative puisqu'elle concerne, dans cette étude, environ 1 000 personnes ;

.la limite à 65 ans, "du troisième âge", est tout-à-fait théorique. Le caractère hétérogène de cette population fait constamment apparaître qu'il est souhaitable de séparer au moins deux grands groupes : 65 - 75 ans environ, et plus de 80 ans ;

.enfin, la marginalisation sociale et médicale de cette frange de population, croissante certes, mais minoritaire, représente un état de fait. L'étude des problèmes de cette minorité est digne d'intérêt pour autant que nul ne peut prétendre un jour ne pas en faire partie.

Il nous apparaît important de préciser que nous avons travaillé seul. Nulle équipe nombreuse et dévouée n'a été utilisée dans le recueil de l'information auprès des personnes âgées. Le caractère solitaire de cette enquête permet de conserver une unicité de jugement et d'appréciation, ce qui est fondamental car l'élément relationnel humain y tient une grande place.

SITUATION HOSPITALIERE

A/ SITUATION GENERALE

1) Nombre de lits

.Le Centre Hospitalier de Chambéry dispose de 852 lits d'hospitalisation répartis de la manière suivante :

Médecine générale	253	)	
Spécialités médicales	266	)	564
Rééducation	45	)	
Chirurgie générale	142	)	
• Spécialités chirurgicales		)	288
et Chirurgie infantile ...	86	)	
Maternité - Gynécologie ..	60	)	

.Les services de médecine générale sont des services à orientation spécialisée : gastroentérologie, rhumatologie, cardiologie, hématologie, néphrologie, endocrinologie.

.Les spécialités médicales regroupent les services de pédiatrie, des prématurés, de pneumologie, phthisiologie, dermatologie, neurologie, maladies infectieuses, dialyse rénale.

.Les spécialités chirurgicales recouvrent l'orthopédie, l'O.R.L., l'ophtalmologie, la stomatologie et la réanimation.

2) La couverture sanitaire

La structure hospitalière permet la réalisation de la majorité des explorations paracliniques (radiologiques, biologiques, isotopiques), sauf la tomодensitométrie.

Des spécialités, telles que la neurochirurgie et la chirurgie cardiaque, échappent à l'activité de ce centre.

On peut considérer que la couverture sanitaire est complète dans la mesure où les patients nécessitant un geste thérapeutique très spécialisé, non réalisable sur place, peuvent y bénéficier du bilan complet.

B/ SITUATION GERIATRIQUE

1) Cadre général

Le centre Hospitalier de Chambéry dispose d'un secteur d'hospitalisation de personnes âgées, conformément à la Loi du 4.01.1978, complétée par la Circulaire Interministérielle du 23.01.1978, constitué par :

a) une unité de Moyen Séjour

.destinée à assurer, après la phase thérapeutique initiale d'un état pathologique, le prolongement des soins actifs ainsi que le traitement nécessaire à la réadaptation, en vue du retour à une existence autonome ;

.reçoit des patients de plus de 65 ans, ou 60 ans en cas d'inaptitude médicalement reconnue ;

.à titre exceptionnel des malades moins âgés ;

.avec possibilité d'admettre le conjoint ;

.durée maximum : 80 jours, soit prise en charge de 20 jours renouvelable trois fois.

b) une unité de Long Séjour

.dont la vocation est d'accueillir des personnes âgées venant soit des sections de Moyen Séjour et restant invalides pour raison socio-médicale, soit de leur domicile en cas d'invalidité majeure ;

.deux orientations sont théoriquement distinguées :

- le Long Séjour transitoire reçoit des personnes âgées originaires du Moyen Séjour, et nécessitant un environnement médical léger avant une réinsertion médico-sociale optimale ;

- le Long Séjour permanent reçoit des personnes âgées ayant perdu définitivement leur autonomie de vie, provenant de

tous services médicaux ou chirurgicaux ; mais il existe une possibilité d'admission en "première main" plus aisément qu'en Moyen Séjour ;

.la durée de prise en charge :

-pour le long séjour transitoire est de 30 jours, renouvelable par mois ;

- pour le Long Séjour permanent de 30 jours, renouvelable par trois mois, ou plus, suivant avis du médecin-conseil.

c) les Services d'Hospice

En réalité, le terme d'hospice n'existe plus. La loi sociale du 30.06.1975 prévoit la suppression progressive des hospices dans un délai de dix ans à compter de cette date, et leur transformation soit en maison de retraite, relevant de la loi sociale, soit en unité d'hospitalisation relevant de la loi hospitalière du 30.12.1970. L'application de ces réformes se fait progressivement, mais dans de nombreux centres hospitaliers régionaux n'a pas encore permis la disparition des traditionnels hospices. Dans ces conditions, nous utilisons le terme "d'hospice", ce qui permet une meilleure compréhension de la réalité sanitaire locale.

Trois bâtiments anciens abritent les services d'Hospice. Ces bâtiments sont situés en dehors de l'enceinte du nouvel hôpital, en service depuis une dizaine d'années.

.1'Hôtel-Dieu (qui abrite également les services de Moyen et Long Séjours) ;

.le bâtiment Sainte-Hélène, situé à 200 mètres de l'hôpital neuf ;

.1'Hospice de Jacob, un peu plus éloigné (1 Km).

2) Nombre de lits

a) L'unité de Moyen Séjour :

.comprend 88 lits

.répartis en trois services d'importance

sensiblement égale.

b) L'unité de Long Séjour :

- .comprend 124 lits
- .répartis en trois services d'importance inégale
 - 2 services de 33 lits
 - 1 service de 58 lits

c) Les services d'Hospice :

Ils réunissent au total 472 lits, répartis en trois endroits :

- .l'Hôtel-Dieu abrite quatre services d'importance inégale (30 à 50 lits), soit au total 145 patients ;
- .l'Hospice Sainte-Hélène comprend 242 lits ;
- .l'Hospice de Jacob héberge 85 patients.

3) Régime tarifaire

a) Moyen Séjour :

.Le prix de journée, fixé comme les autres prix de journées hospitalières, s'élève à compter du 1.01.1980 à 220,00 F.

.La prise en charge du malade est totale (soins hébergement).

b) Long Séjour :

.En 1980, le prix est fixé à 174,00 F.

.Décomposé en deux parties :

un prix de journée d'hébergement non opposable à l'assurance maladie restant à la charge du malade, soit 81,00 F.

un forfait soins de 93,00 F.

c) Hospice :

On distingue, selon la validité du vieillard,

deux catégories de personnes :

.valide ne nécessitant aucune aide particulière,
21,00 F. ;

.non valide nécessitant une assistance plus ou
moins assidue pour repas, toilettes, hygiène : 131,85 F.

Remarque : Cette somme étant à la charge du malade ou
sa famille, il est classique de faire passer en non valide
le maximum de personnes sans ressource à la charge de
l'Aide Sociale, même s'ils sont valides, ce qui est avanta-
geux pour l'hôpital et ne gêne pas trop les "payants".

4) Encadrement

a) Des dispositions légales fixent le nombre
d'agents par lit.

Ce nombre est de 0,8 pour le Moyen Séjour, et 0,6
pour le Long Séjour.

Cette norme se décompose de la manière suivante :

- personnel administratif et technique : 0,2 agent par lit
- personnel médical soignant et d'entretien :
 - . 0,6 pour le Moyen Séjour
 - . 0,4 pour le Long Séjour.

Ces chiffres de 0,6 et 0,4 sont une moyenne incluant
le personnel de jour et de nuit. Il s'en suit que ces chif-
fres sont une limite maximum. Il est difficile d'apprécier,
d'une manière exacte, le personnel effectivement présent
auprès du malade : les congès maladie, congès maternité
ne sont pas systématiquement comblés par du personnel de
remplacement. D'après nos estimations, il faut bien réduire
d'au moins une unité les chiffres officiellement imposés
pour approcher la réalité.

La nuit, il n'y a qu'une infirmière pour l'Hôtel-Dieu
(88 moyens séjours, 124 longs séjours et 145 hospices) et
l'Hospice Sainte-Hélène (242 pensionnaires).

b) Le personnel médical affecté aux services d'Hospice, Moyen et Long Séjours comprend :

- .deux chefs de service temps partiel ;
- .deux assistants temps partiel ;
- .en général, quatre internes ;

ce qui est, théoriquement, satisfaisant.

En pratique, seul un médecin temps partiel (n'ayant d'ailleurs pas d'activité libérale) assure son service d'une manière effective. L'activité extra-gériatrique dans des services de spécialités, des autres médecins que leur vocation initiale ne prédestinait pas spécialement à s'occuper de personnes âgées, ne leur permet pas une fréquentation assidue des services gériatriques. L'analyse d'un tel système, largement répandu dans les hôpitaux, amenant à reconsidérer l'intérêt du corps médical pour la personne âgée, ne rentre pas dans le cadre de ce travail.

TABLEAU DEMOGRAPHIQUE

Le vieillissement de la population française est une notion bien connue. La population "des plus de 65 ans" par rapport à la population totale, qui était de :

	12,1 % en 1954
	12,6 % en 1962
	13,1 % en 1968
et atteint :	14,3 % en 1975.

Durant la même période, les "plus de 65 ans" constituaient dans la Région Rhône-Alpes :

11,2 % de la population totale en 1954
12,1 % en 1962
12,6 % en 1968
13,1 % en 1975.

La Région Rhône-Alpes, dont la progression de la population totale a été nettement plus marquée par rapport à la France, reste proportionnellement moins âgée que la France.

Le fait le plus important reste l'importance croissante des grands vieillards ayant plus de 80 ans. Dans la Région Rhône-Alpes, le nombre de ceux-ci a doublé en vingt ans, alors que celui des nonagénaires a triplé.

Le profil démographique de la Savoie n'échappe pas à ces grandes lignes. En 1975, on recensait 306 545 habitants dans le département. A cette date, 40 365, soit 13,1 %, avaient plus de 65 ans.

La population âgée de plus de 80 ans s'élevait à 7 495 personnes, soit 14 % de la population des "plus de 65 ans". La population de plus de 90 ans, qui s'élevait en 1954 à 4 673 personnes, se chiffrait en 1975 à 7 495. Le nombre de nonagénaires a, lui, plus que triplé, passant de 287 en 1954 à 905 en 1975.

Si d'une manière générale, la Région Rhône-Alpes est moins âgée que le reste de la France, on observe dans le département de la Savoie, durant les dernières décennies, une progression plus rapide des "plus de 65 ans" par rapport aux autres départements de la région exceptée la Drôme, autre département à vocation rurale. L'implantation de maisons de retraite nombreuses, mais aussi le retour au pays une fois la retraite prise, pourraient être à l'origine de l'accroissement de ce groupe d'âge.

INTRODUCTION

1/ ETUDE DES MALADES HOSPITALISÉS

Les admissions sont répertoriées sur un "registre des entrées", où le malade est inscrit lors de son hospitalisation.

Dans ce registre, sont notés :

- les nom et prénoms ;
- la date de naissance ;
- l'adresse ;
- la situation matrimoniale ;
- la date d'entrée ;
- la date de sortie ;
- le service d'hospitalisation.

Un même malade, hospitalisé à multiples reprises sera comptabilisé autant de fois. Le nombre d'entrées est donc obligatoirement supérieur au nombre de personnes hospitalisées.

-Remarque- La tenue de ce registre n'échappe pas à l'erreur humaine : les renseignements fournis à l'agent administratif chargé de la tenue de ce cahier, le sont d'après le recueil d'une information transmise par un personnel parfois restreint et/ ou débordé dans le cadre de l'urgence. Ainsi, avons-nous pu relever des lacunes concernant :

- l'orthographe des nom ou prénom ;
- la date de naissance : inversion de chiffre (3 à la place du 8) ;
- utilisation du nom de femme mariée puis du nom de jeune fille pour des hospitalisations multiples concernant la même malade ;
- écriture manuelle illisible (très rare).

Ces erreurs, outre le fait qu'elles entachent fatalement une étude d'un certain pourcentage d'imprécision, demandent à l'auteur un surcroît de travail.

Nous avons recherché toutes les entrées correspondant à des malades âgés de 80 ans et plus, en 1973 (malades nés avant le 31.12.1913).

Une fiche a été faite pour chaque entrée, comprenant le nom, la date de naissance, le numéro d'entrée, le service d'hospitalisation.

Les fiches sont alors classées par ordre alphabétique, ce qui permet alors d'apprécier le nombre de personnes, le nombre des hospitalisations multiples, et de connaître l'évolution des malades par la consultation des registres de décès et d'entrée dans les services de Moyen Séjour.

2/ DEVENIR DES MALADES HOSPITALISÉS

1) Recherche des malades décédés :

Elle se fait par consultation du registre des décès survenus au centre hospitalier.

Il est facile de déterminer le nombre de décès, mais ce chiffre reflète très inexactement la réalité. En effet, nombreux sont les malades mourants -dont le nombre ne peut être déterminé officiellement- qui sont ramenés en ambulance à domicile, l'acte de décès étant signé par le médecin de famille.

Le malade peut décéder :

- soit pendant son séjour en service de médecine ou de chirurgie ;
- soit dans un service de la structure gériatrique ;
- soit après une réhospitalisation du secteur gériatrique dans un service de médecine ou de chirurgie.

2) Recherche des malades admis en Moyen Séjour :

La totalité des patients admis en Moyen Séjour provient des services hospitaliers.

La détermination du nombre des admissions s'effectue sur consultation du registre des entrées en Moyen Séjour (rappelons qu'il n'existe pas de court séjour gériatrique à Chambéry).

On peut également déterminer :

- le nombre de malades rentrés à domicile après un séjour en Moyen Séjour ;
- le nombre de décès ;
- le nombre de malades admis en Long Séjour et en Hospice ;
- le nombre de personnes réhospitalisées ou admis en hôpital psychiatrique.

3) Recherche des malades admis à l'Hospice :

Les personnes âgées admises à l'Hospice peuvent venir :

- .d'un service hospitalier directement ;
- .du service de Moyen Séjour ;
- .directement de chez elles.

La consultation du registre d'entrées à l'Hospice permet de déterminer :

- .le nombre total d'entrées à l'Hospice ;
- .le nombre de patients venant d'un service hospitalier.

4) Détermination du nombre de patients rentrés à domicile :

Après avoir déterminé le nombre de malades :

- .décédés au centre hospitalier ;

- .admis en Moyen Séjour ;
- .admis à l'asile ;

il est possible, par élimination, de déterminer le nombre de patients rentrés à domicile, ou plus exactement censés avoir réintégré les conditions antérieures à l'hospitalisation.

C/ METHODE D'ETUDE DES PERSONNES AVANT REINTEGRE LEURS CONDITIONS ANTERIEURES A L'HOSPITALISATION :

Nous avons convenu de faire porter notre étude sur les malades qui n'ont été hospitalisés qu'une seule fois dans l'année. Les patients hospitalisés à de multiples reprises doivent représenter un ensemble de population posant des problèmes différents, soit qu'il s'agisse de patient porteur d'une maladie grave chronique, soit qu'il s'agisse d'hospitalisme ou d'abus d'hospitalisation. Dans le désir de donner une unicité à l'étude envisagée, nous n'avons donc pas abordé les facteurs plus ou moins spécifiques à cette population qui mériteraient, à eux seuls, une étude particulière.

1) Relevé des adresses :

On possède comme donnée, l'adresse du malade, mentionnée dans le registre des entrées. Environ, 500 adresses sont ainsi relevées.

Cette adresse peut être :

- celle d'un domicile particulier ;
- celle d'un foyer-logement, ou d'une maison de retraite ;
- celle d'un hospice ou d'un hôpital psychiatrique de la région.

Dans de très rare cas, l'adresse n'était pas inscrite sur le registre.

2) Détermination du profil géographique de la population hospitalisée :

Trois zones géographiques peuvent être considérées :

- Chambéry et ses environs immédiats ;
- département de la Savoie ;
- autre.

3) Population étudiée :

a) Choix géographique

Les lieux d'habitation des personnes enquêtées concernent les communes de Chambéry et ses environs immédiats : La Motte Servolex, Saint-Alban Leysse, La Ravoire, Darby, Cognin, Saint-Sulpice, Vimines, Saint-Cassin, Chambéry-le-Haut.

Trois raisons essentielles ont dicté ce choix :

- il s'agit d'un ensemble géographiquement homogène ;
- il s'agit d'un ensemble social très diversifié touchant une population citadine et rurale ;
- enfin, des raisons de disponibilité personnelle ne permettaient pas d'étendre plus loin notre champ d'action.

b) Choix des personnes enquêtées

La détermination des personnes recherchées a été faite par tirage au sort.

Nous nous sommes donné comme impératif de toujours rencontrer, ou connaître la destinée (par l'interrogatoire de l'entourage), de la personne dont le nom a été retenu. Cet impératif a été respecté.

Nous avons tenu à différencier deux groupes de personnes âgées :

- les personnes habitant un domicile particulier
constituent le groupe étudié spécialement et sur lequel porte la spécificité de ce travail basé sur l'interview de nombreux malades. Les raisons qui nous ont conduit à faire ce choix sont simples : vivre à domicile est le vœu le plus cher des vieillards. Cette notion oriente, d'ailleurs, les grandes options de la politique de la vieillesse. La maladie, et l'hospitalisation qui en découle souvent, est une étape fréquente de la vieillesse. Il incombe donc au médecin de connaître le plus exactement possible les conditions de vie du vieillard, afin de mieux répondre à ses désirs et de mieux intégrer ses problèmes de santé dans son cadre de vie.

- les personnes vivant en foyer logement
ou en maison de retraite n'ont pas fait l'objet d'un entretien personnel. C'est par l'intermédiaire du directeur de l'établissement que nous avons pris connaissance de l'évolution de ces malades répartis en six foyers logements (Les Ecureuils, La Montferrine, Bel Automne, Foyer Ma Joie, La Pastorale, La Résidence du Parc) et une maison de retraite (Maison Saint Benoît).

Nous avons établi un compte-rendu détaillé basé sur :

- .la situation matrimoniale ;
- .l'état physique et psychique avant et après l'hospitalisation ;
- .le vécu de l'hospitalisation ;
- .les décès.

c) Remarques sur la méthode

Aucun questionnaire n'a été adressé aux vieillards.

Beaucoup de vieillards ne veulent pas écrire pour des raisons diverses (méfiance, indifférence). Beaucoup ne savent plus écrire, ou ne peuvent plus pour une raison évidente (hémiplegie, Parkinson). La rigueur de notre enquête ne pouvait s'accomoder de tels aléas.

L'immense majorité des personnes rencontrées nous a

affirmé qu'elles n'auraient pas écrit, prouvant le bien
fondé de ce choix initial. Nous avons donc fait du
"porte à porte".

A/ DONNEES GENERALES

Le nombre total d'entrées à l'hôpital en 1977 s'élève à 11 123, tous services compris.

Le nombre total d'entrées concernant des personnes âgées de plus de 60 ans, en 1977, est 1 090.

Ces chiffres ne correspondent pas au nombre de malades, mais au nombre d'hospitalisations ; un même patient pouvant être hospitalisé plusieurs fois dans l'année.

Ces 1 090 entrées correspondent à 924 personnes hospitalisées. Ainsi, 5,6 % des hospitalisations concernent des personnes âgées de plus de 60 ans.

B/ REPARTITION MENSUELLE DES ENTREES

L'étude des moyennes mensuelles d'hospitalisations montre que :

- les hospitalisations sont maximum en janvier, juin et septembre ;
- minimum en mars, mai et août ;
- sur une période de trois mois, il apparaît que la période pré-estivale et les mois d'automne ont une moyenne d'hospitalisations plus importante. (Les frimas de l'automne ne guetteraient-ils pas les vieillards épargnés par l'espérance de vacances tranquilles des adultes ?)

C/ NOMBRE D'HOSPITALISATIONS PAR MALADE

Sur 924 personnes hospitalisées en 1977 :

.802	l'ont été	1 fois	
. 97	" "	2 fois)	soit 10,5 %
. 13	" "	3 fois)	
. 6	" "	4 fois)	soit 13,2 %
. 4	" "	5 fois)	
. 1	l'a été	6 fois)	
. 1	" "	7 fois)	

- plus de 10 % des personnes âgées de plus de 80 ans sont hospitalisées deux fois dans l'année ;
- 13,2 % des personnes âgées sont hospitalisées à multiples reprises (entre 2 et 7 fois).

C'est peu et c'est beaucoup à la fois : connaissant la polypathologie du vieillard, on peut dire qu'un vieillard sur dix, hospitalisé deux fois c'est peu. Mais, connaissant l'incidence de l'hospitalisation sur un vieillard, savoir que 13 % des vieillards sont hospitalisés entre 2 et 7 fois dans l'année c'est beaucoup.

Sachant que le recrutement de l'hôpital est presque exclusivement départemental et que l'immense majorité des vieillards hospitalisés habitent le département, on peut constater que c'est 12 % de plus de 80 ans qui est passée par l'hôpital en un an.

Ceci est important quand on sait qu'il existe, en plus de l'Hôpital de Chambéry, un hôpital à Aix-les-Bains, Albertville, Saint-Jean de Maurienne, Bourg Saint-Maurice, Moutiers et Modane, hôpitaux dont nous ne rapportons pas l'activité.

A/ GENERALITES

La durée moyenne de séjour s'établit à 13,63 jours pour les malades qui n'ont été hospitalisés qu'une seule fois dans l'année.

On a calculé la durée moyenne de séjour selon le sexe. On relève, sans en tirer de conclusion, qu'elle est un peu plus longue pour les hommes que pour les femmes :

.Hommes : D. M. S. de 14,06 jours
.Femmes : D. M. S. de 13,46 jours

B/ COMPARAISON AVEC LES STATISTIQUES HOSPITALIERES

Ces chiffres sont difficiles à comparer car les durées moyennes de séjour indiquées dans le rapport d'activité annuel de l'hôpital sont données tous services compris (services de médecine, chirurgie, prématurés, maternité, hospices, Moyen et long séjours...).

Ainsi, la durée moyenne de séjour globale, tous services compris, s'élevait en 1978 à 12,77 jours.

Pour permettre une comparaison plus juste, nous donnons à titre indicatif, la durée moyenne de séjour de certains services :

.Médecine générale	9,60
.Maladie Infectieuse	11,27
.Neurologie	11,23
.Cardiologie	9,30
.Dermatologie	14,29

.Chirurgie générale	8,98
.Chirurgie orthopédique ..	22,67
.P.N.S. - Ophtalmologie	
Stomatologie	3,64

En conclusion, la durée moyenne de séjour pour les vieillards de plus de 70 ans semble, en général, plus importante que la moyenne, et ce pour les malades les plus favorisés, c'est-à-dire pour ceux qui peuvent regagner directement leur domicile, sans transiter dans une structure d'hébergement type Moyen ou Long Séjours.

POPULATION ADMISE EN SEJOUR GERIATRIQUE

A/ NOMBRE DE PERSONNES ADMISES EN MOYEN SEJOUR

Sur 924 personnes de plus de 60 ans hospitalisées en 1978, 140 patients ont été admis en Moyen Séjour, soit 15,1 % des patients hospitalisés.

Parmi ces 140 malades :

-	110	malades	ont	connu	1	hospitalisation	en	1978
-	24	"	"	"	2	"	"	"
-	3	"	"	"	3	"	"	"
-	1	"	"	"	4	"	"	"
-	1	"	"	"	5	"	"	"
-	1	"	"	"	6	"	"	"

B/ REPARTITION PAR SEXE

Sur ces 140, on retrouve :

- 95 femmes, soit 67,9 % ;
- 45 hommes, soit 32,2 % .

C/ MOYENNE D'AGE

- des hommes : 83,7 ans ;
- des femmes : 84,5 ans.

D/ DEVENIR DES MALADES ADMIS EN MOYEN SEJOUR

1) Etude chiffrée

Sur 140 malades de plus de 60 ans admis en Moyen Séjour en 1978, on compte :

- 48 décès ;
- 47 retours à domicile ;

- 47 mutations en :

- .Hospice
- .Long Séjour
- .Hôpital psychiatrique
- .Autre hôpital.

Ce qui donne en pourcentage :

- décès 34,3 %
- domicile 33,5 %
- Long Séjour
- ou autre 32,1 %

Le décompte des malades admis en Long Séjour, hospice, hôpital psychiatrique, hôpital régional se fait de la manière suivante :

- Long Séjour 15
- hospice
- (valide ou non 22
- autre destination. "

2) Récapitulatif :

Ainsi, sur 140 malades admis en Moyen Séjour, nous observons :

- 48 décès, soit 34,2 %
 - 47 retours à domicile, soit 33,5 %
 - 45 orientés vers le secteur gériatrique, soit 32,1 %
- se décomposant de la manière suivante :

- . Long Séjour, 15, soit 10,7 %
- . hospice Chambéry, 22, soit 15,7 %
- . Hôpital psychiatrique
- hospice régional } 9, soit 5,7 %

Tous les décès ne se produisent pas dans le service de Moyen Séjour. Le chiffre donné recouvre également les décès de malades réadmis en service de Médecine ou chirurgie, et où ils décèdent peu de jour après l'entrée.

NOMBRE DE MALADES ADMIS A L'HOSPICE

50 personnes de plus de 70 ans, hospitalisées en 1978, ont été admises directement d'un service hospitalier en section hospice.

Elles correspondent à 57 entrées :

- 33 malades ont été hospitalisés 1 fois en 1978 ;
- 17, 2 fois en 1979.

Il y a 15 hommes,
35 femmes.

En comptant les malades venant de Moyen Séjour admis à l'hospice, soit 22, nous recensons donc :

$$50 + 22 = 72 \text{ personnes admises sur les } 92\frac{1}{2} \text{ hospitalisés.}$$

242 personnes de tous âges ont été admises à l'hospice en 1972.

On constate que 26,7 % des personnes admises ont plus de 60 ans.

ETUDE DES DECES

Sur 924 vieillards hospitalisés, nous comptons 221 décès, soit 23,9 %.

Le décompte de ces décès se fait de la manière suivante :

- 173 personnes décèdent pendant leur hospitalisation en service de médecine ou de chirurgie, soit 18,7 % ;
- 48 personnes décèdent en service gériatrique ou après un passage en service gériatrique, et après une réhospitalisation.

Le nombre total de décès à l'hôpital est de 800. On calcule que les 924 personnes de plus de 80 ans, représentant 5,6 % des hospitalisations, représentent 27,6 % des décès.

En conclusion :

- un vieillard sur cinq décède durant son hospitalisation dans le service de médecine ou de chirurgie ;
- en tenant compte de la mortalité en secteur gériatrique, c'est un vieillard sur quatre qui va décéder quand il rentre dans la structure hospitalière.

- 2 -



- 609 :	population totale ayant quitté l'hôpital	65,7 %
- 561 :	population ayant quitté l'hôpital sans transiter par le service gériatrique	50,7 %
- 501 :	population ayant quitté l'hôpital après une seule hospitalisation	54,2 %

POPULATION AYANT REINTRE LES CONDITIONS ANTERIEURES

1/ NOMBRE :

Sur 924 personnes hospitalisées :

- 608 quittent l'hôpital ou le service de Noyen Séjour, soit 65,8 % (par rapport au nombre total des hospitalisés) ;
- 561 personnes quittent l'hôpital sans transiter en secteur gériatrique, soit 60,7 % ;
- 501 personnes quittent l'hôpital après une seule hospitalisation, soit 54,2 %. Ce sont ces personnes qui ont fait l'objet d'une étude dont les résultats chiffrés vont être détaillés.

2/ REPARTITION GEOGRAPHIQUE :

- Chambéry et environs immédiats 150
- Savoie 300
- autre département 33
- pas d'adresse 18

C/ DEVENIR DE LA POPULATION HABITANT CHAMBERY ET SES ENVIRONS :

Sur les 150 malades résidant dans cet ensemble géographique, nous en avons suivi les deux tiers, soit 101 personnes.

Le devenir de ces 101 personnes est détaillé schémas suivants :

RECAPITULATIF :

101 $\begin{cases} \rightarrow 61 \text{ VIVANTS} & \text{soit } 60 \% \\ \rightarrow 38 \text{ MORTS} & \text{soit } 40 \% \\ \rightarrow 2 \text{ NON RETROUVES} \end{cases}$

DOMICILE :

63 $\begin{cases} \nearrow 42 \text{ VIVANTS} & \begin{array}{l} 4 \text{ en maison de retraite} \\ 3 \text{ ont déménagé} \\ 35 \text{ à domicile} \end{array} \\ \rightarrow 20 \text{ DECES} & \begin{array}{l} 6 \text{ ramenés agonisant ou} \\ \text{morts à domicile} \end{array} \\ \searrow 1 \text{ NON RETROUVE} \end{cases}$
En ville 66,6 %
dont 16 hommes
31,7 %
dont 5 hommes
14 décédés dans les mois
suivants ou hospitali-
sés puis morts

(63 personnes dont 21 hommes et 42 femmes)

FOYER OU MAISON DE RETRAITE :

38 $\begin{cases} \nearrow 16 \text{ VIVANTS habitent en résidence} & \begin{array}{l} 14 \text{ après rehospitalisation} \\ 4 \text{ dans l'établissement} \\ \text{dont 1 suicide} \\ 1 \text{ mort subite} \end{array} \\ \rightarrow 18 \text{ MORTS} & \begin{array}{l} 14 \text{ après rehospitalisation} \\ 4 \text{ dans l'établissement} \\ \text{dont 1 suicide} \\ 1 \text{ mort subite} \end{array} \\ \searrow 3 \text{ FEMMES EN HOSPICE ou LONG SEJOUR} \\ 1 \text{ FEMME PERDUE DE VUE} \end{cases}$
42 %
dont 2 hommes, 14 femmes
47 %
dont 5 hommes, 13 femmes

(38 personnes dont 7 hommes et 31 femmes)

1/ ANALYSE DES RESULTATS :

Sur une étude menée de Novembre 1979 à Février 1980, et concernant les deux tiers des malades ayant réintégré les conditions antérieures à leur hospitalisation unique de l'année précédente, on constate que globalement :

- 40 % des malades sont morts;
- 60 % sont encore en vie dans un délai moyen de 18 mois après la sortie.

L'étude comparée de l'évolution de la population vivant à domicile, et celle vivant en foyer logement permet de faire les constatations suivantes :

- Le pourcentage de la population encore en vie, résidant à domicile est significativement plus important que celui concernant la population résidant en foyer logement (46,4 % contre 42 %) ;
- Inversement, 47 % des personnes résidant en foyer logement sont décédées dans un délai moyen de 18 mois suivant l'hospitalisation, contre 31,7 % pour les personnes vivant à domicile.

Les décès dans les foyers logement sont rares, sinon inexistants, puisque sur les quatre décès recensés, on note un suicide et une mort subite. Les deux autres décès concernent des malades habitant une maison de retraite tenue par des religieuses, où la mort des pensionnaires est possible et assumée. On ne meurt pas en foyer logement.

EN CONCLUSION :

Les 2/3 des personnes résidant à domicile sont encore en vie dans un délai moyen de 18 mois après l'hospitalisation.

Le 1/3 est décédé. On inclut, dans ce résultat, les patients ramenés à domicile agonisant ou mort à l'hôpital, et ramenés à domicile, le décès étant constaté à domicile (6 décès sur 20 dans notre série).

TROISIEME PARTIE

ETUDE DE LA POPULATION RECHERCHEE A DOMICILE

CEUX RETROUVES

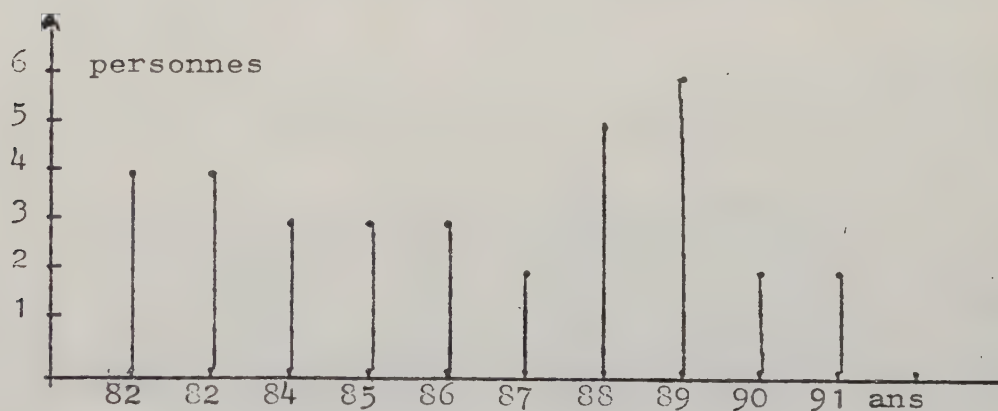
A/ PRESENTATION DE LA POPULATION :

1) Nombre et répartition selon l'âge :

Parmi les personnes recherchées à domicile, nous avons eu un entretien avec 34 personnes, soit 13 hommes et 21 femmes.

La moyenne d'âge, en 1978, est de 84,3 ans. Il n'y a aucune différence de moyenne d'âge par rapport aux personnes admises en Moyen Séjour.

Les âges extrêmes sont 82 et 91 ans.



2) Situation matrimoniale :

Elle est résumée dans le tableau suivant :

!	!	HOMME	!	FEMME	!
!	marié	!	5	!	0
!	veuf	!	8	!	18
!	célibataire	!	0	!	3

- aucune des femmes hospitalisées en 1978 et rentrées à domicile ne vit en couple ;
- la majorité des femmes sont veuves ;
- les seules célibataires concernent les femmes ;
- tous les malades vivant encore en couple concernent des hommes ;
- ces constatations confirment exactement les données du recensement de 1975, que nous rappellerons brièvement :
 - .il y avait, en Savoie, 2 300 hommes de plus de 80 ans et 5 195 femmes ;
 - .9,9 % des femmes sont encore mariées à cet âge, contre 48,26 % des hommes ;
 - .74,3 % des femmes sont veuves ;
 - .41,5 % des hommes sont veufs ;
 - . 9,34 % des hommes sont célibataires, contre 14,7 % des femmes.

Ce que nous résumons dans le tableau suivant :

!	!	HOMME	!	FEMME	!
!	marié	!	48,26	!	9,9
!	veuf	!	41,5	!	74,3
!	célibataire	!	9,34	!	14,7

3) Profession :

Voir tableau page suivante.

!	!	HOMME	!	FEMME	!
!	Horloger	!	X	!	!
!	Sans	!		!	XXXXXXXXXX
!	Agriculteur	!	XX	!	XXXX
!	S.N.C.F.	!	XX	!	!
!	Caissier Banque France	!	X	!	!
!	Religieuse	!		!	XX
!	Commerçant	!	X	!	X
!	Manoeuvre	!	XX	!	!
!	Canut (guimpierre)	!		!	XX
!	Enseignant	!	X	!	X
!	Administrateur hôpital	!	X	!	!
!	Ajusteur Mécanicien	!	X	!	!
!	Agent d'assurance	!		!	X
!	Chef bureau de poste	!	X	!	!

4) Habitation :

L'avantage de la région où l'enquête a été menée réside dans le fait que, sur une superficie restreinte, il est possible de rencontrer tous les types d'habitation.

Ceux-ci peuvent être classés de la manière suivante :
(nous indiquons pour chaque type le nombre de personnes concernées) :

- .Appartement dans immeuble moderne avec
confort ménager minimum 13 personnes
- .Vieil appartement dans quartier ancien
sans confort ménager minimum (pas
d'ascenseur, chauffage rudimentaire) ... 9 personnes
- .Maison individuelle à l'écart de
la ville 5 personnes

.Domicile agricole	2 personnes
.Communauté religieuse, foyer logement.	7 personnes
	34 personnes

La majorité des personnes rencontrées sont propriétaires de leur habitation (22 personnes sur 34), 64,7 %.

Le tiers de ces vieillards vit dans des conditions que nous jugeons comme difficiles, c'est-à-dire : pas d'ascenseur, pas de sanitaire intérieur, escalier extérieur, chauffage individuel au charbon, isolation parfois déplorable (deux cas d'appartements sous les toits). A une exception près, toutes ces personnes sont locataires de leur appartement et ne sont pas propriétaires.

3) Conditions de vie :

Elles sont variables d'une personne à l'autre, et dépendent essentiellement de l'entourage du vieillard. Tous les intermédiaires existent de la dépendance totale à l'autonomie complète.

Très conscient de la difficulté et de l'arbitraire existant dans toute tentative de sectorisation, et pour autant que l'idée que nous avons de la vie des gens rencontrés ne résulte que d'un entretien de deux heures, nous avons essayé de définir différentes catégories selon le degré d'autonomie.

*** Deux personnes sur 34 présentent des signes psychiatriques de type démentiel qui justifient une surveillance continue. Un membre de la famille est obligé d'assurer une surveillance constante afin de reformer le gaz, le robinet d'eau, d'aller chercher la personne âgée qui fugue, et que l'on retrouve sur la route. Une telle intégration dans le milieu familial est exceptionnelle. La structure familiale est très traditionnelle. A noter que, dans ces deux cas, il n'y avait pas de problèmes

d'expliquer le logement (grande villa à l'extérieur de la ville).

*** Huit sur 34 personnes rencontrées ne sortent jamais de leur domicile. Il n'y a, selon nos constatations, aucun recoupement logique entre les conditions de vie matérielles et le repli à domicile. L'existence d'un handicap moteur ou psychique n'explique pas, non plus, cet isolement. Pour moitié environ, ces personnes habitent un vieux appartement sans ascenseur, et pour moitié dans des conditions leur permettant une liberté de déplacement convenable.

Le rôle de l'hospitalisation dans l'installation, ou l'aggravation de cet état de dépendance sera abordé dans la suite de cet exposé.

*** Quatorze des 34 personnes rencontrées mènent une vie partiellement autonome. Nous considérons les personnes âgées comme "relativement autonomes" parce que l'aide reçue, sans laquelle le maintien à domicile ne serait plus envisageable, reste obligatoire.

Cette aide peut être constituée par :

- .une aide ménagère ;
- .une aide privée ;
- .ou la famille, des amis, des voisins ;
- .un service de repas à domicile ;
- .un foyer restaurant.

Les structures officielles d'aide aux personnes âgées, constituées par les aides ménagères, les services de repas à domicile, les restaurants, ne concernent qu'un nombre restreint de personnes. Sur les 34 rencontrées, pas plus de huit en bénéficiaient.

La famille, les amis, les voisins doivent s'occuper, souvent très régulièrement, des besognes de la vie courante. Le maintien à domicile tient à peu de chose

et relève d'un équilibre fragile ; un voisin de la famille, un voisin, un ami, doit porter le charbon, faire la cuisine, faire les courses. Que l'un décide, le voisin dérape et le Centre de Ménage cause défection, cet équilibre est alors rompu. Le médecin devient le dernier recours, et l'hospitalisation une tentation facile.

*** Onze personnes sur 34 mènent une vie tout à fait autonome, sans aucune aide particulière. Les conditions d'habitation sont très hétérogènes. Dans cette catégorie, on retrouve les quatre hommes mariés des cinq de notre série.

II/ L'ATTACHEMENT AU DOMICILE :

Quelque soit la précarité des conditions matérielles, l'attachement au domicile demeure la règle. Les personnes âgées parlent volontiers des résidences collectives, en opposition à leur domicile.

Voici quelques commentaires recueillis auprès de vieillards concentrés à domicile, interrogés sur les foyers logement :

" quand on peut se suffire, on en n'a pas besoin ;
quand on ne peut plus se suffire, ils vous prennent plus. En définitive, ça sert à quoi les foyers logement ? "

Le jugement ne manque parfois pas de sévérité :

" In foyer logement, la mentalité est déplorable ;
à l'hospice, "ils" deviennent des animaux, ils font que manger. "

Le seul avantage accordé par les vieillards au foyer logement est la recherche de la compagnie pour certains. Encore que la difficulté de la vie relationnelle ne leur

échappat point :

"On n'est pas chez soi, et ça n'arrête pas de parler des autres dans ce genre d'établissement."

"Il faudrait être bien habillée... ; elles se font toutes concurrence."

Le discours inclut invariablement la notion de maladie, et de prise en charge :

Le petit-fils d'une malade (rentrée à domicile) :
"Impossible d'y être malade ; dès que la grand-mère va pas bien, on nous appelle pour savoir que médecin doit venir, ce qu'on doit faire..., même pour une petite grippe."

"J'aime pas bien leur manière de vous envoyer à l'hôpital pour un oui ou pour un non."

Insistons sur le fait que la catégorie de population à laquelle nous nous sommes adressée a déjà fait un choix depuis longtemps. Pour des raisons diverses, le vieillard de plus de 80 ans a toujours refusé la maison de retraite à laquelle ses revenus auraient pu lui donner accès. La plus répandue de ces idées est que :

"Quand vous êtes malade en maison de retraite, on vous envoie à l'hôpital pour une bricole... Alors autant rester jusqu'à la fin à la maison, et quand ça n'ira plus, on ira à la Charité*. Là, au moins on vous garde."

*La Charité était le nom d'un hospice, démoli aujourd'hui sur l'emplacement duquel a été construit le nouvel hôpital en service depuis dix ans. Les services d'hospice ont été transférés dans l'ancien hôpital. La majorité des gens âgés ne sont pas au fait de cette évolution matérielle et garde

une vision très phantasmagorique de l'hospice qu'il dénomme toujours "La Charité".

Ainsi la notion de prise en charge de la "vieillesse-maladie", même si elle n'est pas explicitement affirmée par les personnes âgées, reste une toile de fond permanente dans la vie et le souci de l'avenir de ces vieillards qui vouent à l'hospice une certaine confiance. Là, au moins, le mensonge sur l'avenir n'existe pas. Nous aurons l'occasion d'y revenir.

C/ LES VIEILLARDS ET L'HOPITAL :

1) Conditions d'hospitalisation - Considération du malade sur l'attitude du médecin traitant :

La majorité des vieillards a été hospitalisée par leur médecin. Ils le connaissent "depuis toujours", et lui restent très fidèles. Presque tous pensent que l'attitude du médecin a été conforme aux exigences d'une situation et que l'hospitalisation était parfaitement justifiée. Les personnes âgées rapportent, de plus, que l'hospitalisation a été bien préparée et bien discutée.

Seuls deux malades de notre série n'ont pas été hospitalisés par leur médecin habituel. Un de ces deux malades, hospitalisé par le médecin de garde de nuit pour menace d'infarctus, livre un commentaire laconique :

"Le médecin s'est débarrassé de moi."

Il nous paraît intéressant de rapporter l'observation de Madame VUI. Marie, hospitalisée en urgence par le S.A.M.U., à la suite d'un malaise sur la voie publique

VUI. Marie, 83 ans, veuve, deux enfants, un fils marié habitant le quartier, une fille célibataire habitant avec elle. Habite un appartement au premier étage d'un

terrible qui doit être démolie dans l'année. Confort rudimentaire ; chauffage avec cuisinière à charbon.

Aucune aide particulière "officielle". Très entourée par ses enfants. La fille fait les courses, le ménage. Le fils vient la voir tous les jours et fait le repas du soir, car la fille de Madame VII. travaille.

Elle fait un malaise sur la voie publique, mais il n'y a aucune perte de conscience prolongée. L'hospitalisation urgente, donc non préparée, amenée par le S.A.M.U. à l'hôpital. L'hospitalisation dure deux jours.

Bien que l'accueil, le service hôtelier, le service médical fassent l'objet d'un avis très favorable par la patiente et sa famille, les examens sont par contre jugés excessifs :

"Les examens cliniques sont trop nombreux, radios diverses, électrocardiogrammes successifs, consultations multiples... Tout cela donne une impression de disproportion entre l'affection et les moyens mis en oeuvre."

Le fils de Madame VII. :

"La machine hospitalière s'est mise en route. On a l'impression que l'on en fait trop."

Cette hospitalisation, bien que brève, a eu un rôle désastreux sur la malade. Depuis la rentrée à domicile, bien loin d'être améliorée, Madame VII. a considérablement limité ses activités : elle reste continuellement chez elle et n'est plus jamais sortie. Elle a peur, en effet, de prendre un nouveau malaise. Cette femme auparavant autonome, confinée depuis plus d'un an dans son appartement, a une véritable phobie du symptôme ayant motivé l'hospitalisation (non préparée, en urgence). On se demande si cette attitude actuelle n'est pas en relation avec l'impact psychologique d'une hospitalisation au cours de laquelle les moyens mis en oeuvre semblaient démesurés par rapport au symptôme présenté.

le fils de l'adapte VUT. :

"On aurait pu faire un E.C.G. à la maison ou une radiographie en externe..."

2) Séjour hospitalier (Etude critique) :

Les personnes âgées ont été interrogées, ainsi que leur famille, sur tout ce qui fait la vie d'un service. Les différents sujets abordés concernaient :

- la qualité du service médical et infirmier ;
- la qualité du service ménager et hôtelier ;
- la relation avec le personnel hospitalier ;
- la préparation du retour à domicile.

Il ne serait pas judicieux de faire une étude exhaustive, cas par cas, du séjour hospitalier de chacun des malades.

D'autant plus que les analyses sur la structure hospitalière convergent presque toutes dans le même sens. Il paraît préférable de donner le sentiment général des malades sur la structure hospitalière, puis d'exposer des critiques ponctuelles qui, si elle ne sont pas l'expression de la majorité, permettent de mieux comprendre la situation d'un vieillard à l'hôpital.

La personnes âgées garde, en général, un bon souvenir de l'hôpital, et même si l'hospitalisation a été une période pénible, elle reconnaît globalement la qualité des soins, du service hôtelier, de l'accueil.

Les rares personnes ayant émis des critiques, ne le font pas spontanément, en tout cas jamais au début de l'entretien. C'est au bout de une heure à une heure et demi d'entretien que l'on recueille les "confidences". Au delà d'une impression générale, qui est presque toujours bonne, les critiques formulées illustrent l'impact de certaines attitudes des équipes soignantes.

Le nombre de personnes rencontrées, susceptibles de pratiquer un examen clinique, est très important depuis l'étudiant hospitalier au médecin du service, en passant par l'interne du service d'accueil, l'interne du service et le médecin adjoint.

QUESTION : "Avez-vous l'impression d'avoir vu trop de médecins ?"

REPONSE : "Toi, j'ai vu personne... Tout le monde m'a vu!"

La dépersonnalisation de la relation médecin-malade, en milieu hospitalier, semble effectivement mal vécue.

Le personnel pressé ne convient pas au vieillard :

"Au Pavillon d'urgence, ils se courent tous après, mais ne s'occupent pas beaucoup de vous."

"Le chirurgien..., il court toujours !"

"Quelques fois, il (le chirurgien) passait tellement vite que je n'avais pas le temps de rentrer dans ma chambre, quand je me promenais dans le couloir."

En parlant d'une infirmière :

"Elle paraissait toujours pressée, et donnait l'impression désagréable de penser à son prochain malade quand elle s'occupait de moi."

Ces réflexions traduisent, de la part des malades, une demande non satisfaite. Le vieillard hospitalisé, seul avec son angoisse, coupé de ses points de repère habituels, a besoin d'un personnel patient et attentif à son écoute. Pourtant, des réflexions de malades pourraient faire croire qu'ils ont été soignés, plus par des techniciens de la

indigne attitude que par les médecins :

"Ils geignaient souvent, mais ne regardaient que le docteur."

"A l'hôpital, on ne soignait le pied."

-Et le reste ?

-Oh! Vous savez...!"

Le vieillard hospitalisé, coupé de son environnement est naturellement angoissé : angoisse de la mort, de l'infirmité, ou de l'inconnu tout simplement. La relation personnel soignant-malade doit prendre en compte la sensibilité du patient afin de ne pas augmenter son désarroi. Dans ces conditions, la moindre négligence prend des proportions démesurées et marque à jamais le souvenir du vieillard sur l'institution. Certes, il n'est pas facile pour une équipe médicale, de répondre exactement aux exigences de tous, mais un comportement ne se corrige que par la connaissance de ces erreurs, même si elles sont rares :

"Les examens étaient longs ; il faisait froid ; on m'a laissé à jeun jusqu'à une heure de l'après-midi pour une radiographie de l'estomac."

(Effectivement, il conviendrait peut-être de programmer assez tôt dans la matinée les examens paracliniques concernant les vieillards).

La fille d'une malade :

"Les infirmières manquent de patience vis à vis des personnes âgées étrangères ne parlant pas le français... Elles ont laissé une mère sans couverture sur son fauteuil, elle était gelée!"

Un vieillard nous avouait :

"Les infirmières ne sont pas débordées de travail... Elles n'en faisaient pas trop avec nous."

Et concluait sur un ton désabusé :

"Finalement, j'ai compris qu'il n'y avait pas
que moi à m'occuper....!"

Si ces critiques émanent des patients, dans l'ensemble satisfaits de leur séjour hospitalier, mais émettant des réserves ponctuelles sur certains détails, il existe deux situations globalement très mal vécues : nous voulons parler des hospitalisations pour "bilan" et des hospitalisations en milieu neurologique.

*** L'hospitalisation pour bilan est mal vécue quand l'état du vieillard, même s'il nécessite effectivement la réalisation d'examens complémentaires, n'impose pourtant pas une hospitalisation pour des soins indispensables.

Monsieur D., 86 ans, très valide, indépendant, hospitalisé pour bilan de troubles digestifs divers, dont aucun ne permet une orientation précise. Victime du système hospitalier bien classique : 17 jours d'hospitalisation pour trois examens (U.I.V., lavement baryté, transit gastro-duodénal). Il développe un syndrome dépressif anticipant son retour à domicile. L'hospitalisation ne lui semblait absolument pas justifiée.

*** L'hospitalisation en milieu neurologique se fait dans des circonstances difficiles pour les familles des personnes âgées. Il s'agit soit d'une déchéance intellectuelle de type démentiel, soit d'un accident vasculaire cérébral avec handicap moteur, aphasie, troubles psychiques, cela parfois... L'analyse des conditions d'hospitalisation faite par les proches, est dans ces conditions difficilement objective - nous n'en n'avons d'ailleurs pas tenu compte dans les critiques précédemment rapportées-. On retrouve dans les critiques formulées le sentiment de culpabilisation bien classique des

Familles devant "recevoir" leur parent "chez les fous". C'est avec ces personnes que l'on recueille un foisonnement de critiques : erreur de nursing, mauvaise tenue de la soignée à l'honneur, insuffisance d'explication de l'interne, du médecin, chambre surpeuplée, suspicieux vis-à-vis du corps médical, etc.

L'idée que le public se fait de la "folie" nécessiterait une analyse dans les détails de laquelle nous ne pouvons pas entrer...

3) Incidence de l'hospitalisation sur le mode de vie ultérieure :

Dans le cadre de l'enquête, l'appréciation du bénéfice de l'hospitalisation demeure très délicate dans son interprétation. Dans ces conditions, nous nous contentons de donner des impressions générales, illustrées par quelques exemples.

La majorité des vieillards retrouvés à domicile prétendent avoir été améliorés par leur hospitalisation.

Il y a des cas simples, d'interprétation facile, où un diagnostic précis conduisait au traitement ponctuel d'une maladie, améliorant indiscutablement la vie du vieillard.

Observation de Madame P. Marie-Louise

Veuve, vit seule, très autonome. A travaillé jusqu'à 70 ans comme canut à la Croix-Rousse. Est venue s'installer à Chambéry. Pas d'antécédents médicaux ; jamais hospitalisée auparavant.

Hospitalisée à 75 ans, par son médecin, pour prothèse totale de l'anche sur nécrose fémorale. Très satisfaite de l'hôpital. Excellent souvenir.

"J'ai jamais été aussi bien de ma vie."

Après sa sortie : très améliorée, indépendante,

fait ses courses, regrette d'avoir vendu la voiture quelques années avant !

"Il y a le métro, maintenant à Lyon ! Il faudrait quand même que je le prenne une fois."

Cette observation illustre d'une manière générale le cas des personnes à propos desquelles nous avons indiqué qu'elle menaient une vie complètement autonome. Nous les estimions à onze personnes sur les 34 interrogées.

Par contre, le rôle de l'hospitalisation dans l'installation ou l'aggravation d'un état de dépendance, nous paraît important à souligner. Deux observations résument ce fait :

Observation de Monsieur EU. Georges

88 ans, divorcé d'une première femme dont il a eu trois enfants, vit actuellement avec sa deuxième épouse depuis 1953. Vit dans un appartement très vétuste : deux pièces aménagées dans le grenier d'un vieil immeuble, sans ascenseur, au troisième étage. Le confort est très rudimentaire : pas de sanitaires, W.C. sur le palier, chauffage au charbon. Sa femme fait tout : courses, ménage, monte le charbon... Elle a 85 ans.

Avant son hospitalisation, il faisait du vélo et sortait tous les jours.

Après une chute de vélo, remonte chez lui, mais présente une douleur de la hanche.

Le médecin appelé le lendemain décide l'hospitalisation pour suspicion de fracture du col fémoral. Il s'avère qu'il n'y a pas de fracture. Simple repos à l'hôpital.

"J'ai l'impression que cela aurait pu être fait à la maison, mais le médecin a vu qu'on était mal logé."

Très bon souvenir de l'hôpital, et bonne appréciation sur le personnel et la qualité du service rendu.

Après l'hôpital :

N'a pas repris le vélo. N'est plus jamais ressorti dehors. Il a peur de tomber. Il développe un véritable comportement phobique.

On peut se demander si l'hospitalisation n'a pas été la révélation d'une certaine idée de sa vieillesse-maladie.

Remarque de Monsieur EX. :

"Je vois dans les journaux... Tous ceux de plus de 80 ans qu'on amène à l'hôpital claquent. Que ce soit une maladie grave ou une moyenne maladie, je demanderai à mon médecin de rester chez moi."

Observation de Madame VI. Louise

88 ans, veuve à 47 ans, vit seule au rez-de-chaussée d'une villa dont le premier étage est occupée par une cousine qui s'occupe d'elle. Elle bénéficie de la retraite agricole vieillesse, et ne paie pas de loyer car la maison appartient à un parent éloigné. La cousine représente un élément fondamental dans la vie matérielle de cette femme puisqu'elle s'occupe de toutes les tâches : courses, formalités administratives. Elle travaille comme femme de service.

Madame VI. avait déjà été hospitalisée pour syndrome dépressif à la suite de la mort de son chien.

A 88 ans, elle est hospitalisée pour bilan général.

Elle garde un excellent souvenir de l'hôpital, n'a aucune peur d'y retourner. Bien soignée, bien renseignée sur son état.

Après le bilan hospitalier, elle est rentrée chez elle, et n'est plus jamais ressortie. Elle n'est plus jamais allée faire ses courses qu'elle faisait tous les jours auparavant. Il n'y a pourtant aucune différence significative dans son état de santé, avant et après l'hospitalisation. La cousi-

ne n'y comprend rien et nous dit :

"L'hôpital entraîne un désintérêt et un manque d'initiative. A la maison, elle -la personne âgée- garde le souci du travail. La personne âgée doit rester chez elle en compagnie..."

Nous estimons que ces observations résument la situation des huit personnes sur les 34 interrogées, et pour lesquelles nous insistions sur l'antagonisme existant entre l'isolement à domicile et l'absence d'un handicap sévère, expliquant un tel repli.

On note que l'appréciation sur l'institution hospitalière est bonne. Tout ce qui concerne le personnel médical, d'accueil, de service, fait l'objet d'une appréciation favorable. De plus, l'hospitalisation par le médecin praticien paraît très justifiée au malade.

Mais jamais un tel patient ne nous a expliqué pourquoi son mode de vie avait changé après son hospitalisation. Les conséquences néfastes sont d'un mécanisme très insidieux. Il semblerait que l'hospitalisation représente un événement charnière, rompant l'équilibre fragile de la vieillesse. On a l'impression, à écouter ces malades, que l'hospitalisation révèle au vieillard... sa vieillesse.

On pourrait conclure, sur l'idée qu'un vieillard qui a besoin d'être hospitalisé le supporte très bien ; celui qui n'en a pas besoin le supporte très mal.

CEUX NON RETROUVES

Si l'enquête menée auprès des personnes âgées nous a permis d'obtenir 34 entretiens privilégiés, dans 28 cas, nous n'avons pu rencontrer la personne recherchée. Nous dégagerons deux notions importantes :

A/ DIFFICULTES DE L'ENQUETE :

C'est dans la recherche de telles personnes que nous avons sans doute rencontré le plus de difficultés. Il convenait d'obtenir des renseignements soit de la famille, soit des amis ou des voisins, en cas d'absence de famille. S'il est indiscutable que dans un vieil immeuble du centre ville, ou à la campagne, les gens connaissent très bien leurs voisins, tel n'est pas le cas dans les quartiers neufs où le brassage de population aboutit à l'indifférence générale. Les renseignements fragmentaires, et souvent incomplets, ne permettaient pas une interprétation cohérente.

B/ LA MORT A DOMICILE :

C'est avec cette catégorie de population que le sujet devait tout naturellement être abordé.

Les décès correspondent à une agonie à domicile, ou à un "transfert officieux" du corps, le malade étant décédé à l'hôpital. Ceci ne doit pas être considéré comme une simple formalité par les équipes hospitalières, car cette tradition revêt, aux yeux des vieillards et de leurs familles, une importance fondamentale. La plupart des vieillards en avait émis le souhait, et pour la majorité des familles, c'est la dernière manière de respecter l'aïeul. Le souvenir d'une mort à domicile, et non à l'hôpital, est vécu comme un soulagement et confère à la mort une certaine sérénité. Il conviendrait de ne jamais perdre de vue ces notions dans l'exercice de la médecine hospitalière, car beaucoup de famille désireuse d'entourer leur vieillard jusqu'à la fin, vivent douloureusement l'hospitalisation

qu'impose l'importance du nursing nécessité par l'agonisant. Dans ce contexte, on comprend mieux les critiques qui visent plus la qualité des rapports humains entre les médecins et leurs malades, que l'assistance médicale technique qui n'a soulevé aucun reproche. Cette remarque de la fille d'une malade décédée en service de cardiologie ne souffre aucun commentaire :

"Les soins sont parfaits, mais ce qui manque c'est la chaleur humaine... Tous les médecins ne sont préoccupés que de leur situation..."

SUR LE DOMICILE ET LES FOYERS LOGEMENT

L'attachement au domicile, le refus de l'institutionnalisation caractérise la population âgée. Les vieillards de plus de 80 ans ont déjà fait leur choix depuis longtemps, et ne désirent plus aller vivre ailleurs. Les critiques des solutions collectives d'habitation ne sont donc pas étonnantes. Leur caractère commun est d'avoir toutes trait à la maladie et à l'incertitude du devenir que celle-ci entraîne.

Proposer une solution à une personne âgée, c'est aussi prévoir l'avenir, et avoir l'honnêteté de le faire prévoir à l'intéressée. Quand un vieillard entre en foyer logement -dans les circonstances actuelles-, il ne prévoit pas qu'il en sera chassé le jour où l'infirmité à laquelle il se refuse de penser le privera de son autonomie.

"Toute la crise du placement des personnes âgées vient de ce mensonge fondamental dans les relations avec la clientèle et du fait que le personnel qui s'intéresse à un certain niveau d'institution s'arroge le droit de sélectionner sa clientèle, et de refuser de prendre en compte l'existence de niveaux différents."

Le vieillissement de la population des foyers logement, et l'accroissement de sa dépendance, imposeraient logiquement une médicalisation progressive. Dans la majorité des cas, la transformation en section de cure médicale a été refusée par les responsables devant les difficultés matérielles et l'impossibilité de disposer d'un personnel suffisant pour appliquer la formule de la section de cure médicale.

DE L'ATTITUDE DU PRATICIEN DEVANT

L'HOSPITALISATION D'UN VIEILLARD

L'hospitalisation est un phénomène quantitativement important dans la vie d'un vieillard de plus de 80 ans, puisque dans un département comme la Savoie, plus de 12 % de la population de plus de 80 ans passe dans le seul hôpital de Chambéry, chaque année. 35 % des vieillards ne retrouveront pas leurs conditions antérieures, et si 65 % sont censés réintégrer ces conditions antérieures, la moitié va décéder dans un délai de douze à dix-huit mois.

Qualitativement, l'importance du phénomène n'est pas moins primordiale. La maladie constitue, chez la personne âgée, une rupture d'équilibre entre le sujet et son territoire. Les mesures visant à maintenir cet équilibre paraissent à l'expérience fragmentaires et insuffisantes. Le médecin praticien, véritable intermédiaire entre le vieillard et les institutions, joue un rôle fondamental. S'il a été dit que les aides ménagères constituaient une des originalités et un axe de la politique de la vieillesse en France, c'est certainement là un domaine à développer quand on considère l'attachement des vieillards au maintien à domicile. La conduite à tenir est difficile pour le praticien, mis en situation de responsabilité vis à vis d'un problème qui découle plus certainement de la déresponsabilité d'une société vis à vis de sa population âgée, que de la responsabilité propre du praticien. Il s'agit, souvent, d'une situation de fait, devant laquelle les médecins doivent apprendre à trouver d'autres circuits que celui de l'hospitalisation. Encore faut-il leur en proposer d'autres ; il conviendrait, par exemple, de pouvoir disposer en urgence, dans les heures qui suivent la consultation d'une aide ménagère ou d'un service de repas à domicile, su

simple appel téléphonique. Il est fondamental de mettre à la disposition des praticiens les moyens d'un exercice plus satisfaisant, considérant que des mesures très simples rapidement prises, évitent des conséquences graves.

Le succès d'une hospitalisation dépend de l'appréciation la plus exacte possible de l'état pathologique, et de son risque évolutif. L'estimation des risques diagnostiques et thérapeutiques, qui doivent être les plus faibles possible, conditionne le succès ou l'échec d'une hospitalisation, qui apparemment bien supportée dans la majorité des cas, peut faire subir insidieusement au patient la révélation de sa "vieillesse maladie".

Cette appréciation, toujours délicate, doit autant peser les méfaits d'une hospitalisation abusive, que ceux de l'excès de maintien à domicile, tant il est vrai qu'il n'y a aucune raison de priver un vieillard de soins spécialisés pour le seul fait qu'il est vieux. Le vieillard, qui a besoin d'être hospitalisé, le supporte très bien, celui qui n'en a pas besoin ne le supporte pas. C'est là qu'une structure souple d'assistance à domicile, rapidement mobilisable en urgence, à la demande du praticien, devrait permettre de résoudre le problème d'un certain nombre d'hospitalisations limites.

SUR L'HOPITAL

Quant à l'adaptation de la structure hospitalière traditionnelle aux besoins du vieillard, elle soulève, à notre avis, deux problèmes :

- La prise de conscience de la part des médecins et chirurgiens de ce qu'est un vieillard, dans son contexte le plus large. Même s'ils réalisent que la douleur n'est pas seule responsable de la souffrance de leurs malades, beaucoup de médecins n'apprécient pas l'étendue de leur détresse, et ignorent les vertus thérapeutiques d'une bonne relation médecin-malade. Le mot thérapeutique implique une attitude de compréhension et de secours face à un état de détresse. Les mesures thérapeutiques ne doivent pas être seulement dirigées vers la maladie, mais doivent également tenir compte de la compréhension du patient, de sa personnalité et de son désarroi.
- Un enseignement du personnel soignant, et une amélioration indispensable des conditions de travail du personnel des services gériatriques. Il est plus difficile de s'occuper de vieillards que d'adultes jeunes. Il est donc indispensable de pouvoir attirer et retenir un personnel, en améliorant son statut et ses conditions et horaires de travail.

ANNEXE

A propos de :

"La personne âgée et l'urgence médicale".

Docteur P. COURPRON, Docteur J. LABROSSE, Docteur M.-P. LABROSSE
Docteur J.-F. PAPPON, Professeur L. ROCHE

Hôpital A. Charial, avenue de la Table de Pierre
69340 FRANCHEVILLE BEL-AIR
LYON 1981.

A la demande du Professeur L. ROCHE, nous comparons nos résultats avec ceux publiés dans le remarquable ouvrage dont les références sont données ci-dessus.

Dans une première partie, les auteurs étudient les caractéristiques démographiques et médicales de la population âgée de plus de 65 ans, admise en service d'urgence médicale, au Pavillon N de l'hôpital Edouard-Herriot en un an. Ce travail, concernant plus de 3 000 observation, révèle qu'il s'agit d'une population essentiellement citadine, féminine, d'une moyenne d'âge de 77 ans ; le plus grand nombre d'hospitalisations concerne la tranche d'âge 75 - 79 ans. Après une durée moyenne de séjour de deux jours dans le service d'urgence, 8 % des malades vont décéder, 8,5 % vont quitter le circuit hospitalier, et plus de 80 % vont emprunter le réseau hospitalier traditionnel. En ce qui concerne les personnes de plus de 80 ans, trois données chiffrées permettent de les situer par rapport à cette catégorie des plus de 65 ans :

.1 091 personnes de plus de 80 ans sont hospitalisées en
urgence, soit 36,3 % de l'ensemble des plus de 65 ans ;

- . 108 décèdent, soit 9,9 %, ce qui correspond à 52,7 % du total des décès ;
- . 67 personnes sortent du service, soit 6,1 % des plus de 80 ans, et 915, soit 84 %, vont être dirigées vers le circuit hospitalier traditionnel.

Dans une deuxième partie, les auteurs étudient le réseau de soins emprunté par la population âgée après l'urgence médicale. Une étude détaillée analyse les circuits préférentiels qui sont essentiellement de deux types :

- Urgences - Court Séjour - Moyen Séjour - Structure de départ
- Urgences - Court Séjour - Structure de départ

Cette étude permet de conclure que sur 3 000 personnes de plus de 65 ans hospitalisées en urgence au Pavillon N :

- .56 % regagnent le domicile ;
- .30 % décèdent ;
- .10 % demeurent en Long Séjour.

En ce qui concerne la population âgée de plus de 80 ans, sur 100 malades hospitalisés en urgence :

- .41 % décèdent ;
- .45 % rejoignent leur structure de départ ;
- .14 % restent en Long Séjour.

Enfin, en ce qui concerne plus particulièrement le Moyen Séjour, cette étude montre que sur 100 malades de plus de 80 ans :

- .36 décèdent ;

.28 regagnent la structure de départ ;

.36 vont en Long Séjour.

Une troisième partie permet aux auteurs d'analyser les particularités d'une nouvelle structure d'hospitalisation pour personnes âgées mise en place à l'hôpital Antoine Charial. Cette structure est basée sur la polyvalence des unités de soins, dans une même unité géographique, évitant au malade des transferts successifs et permettant une prise en charge sur place de façon continue, ce qui constitue pour le malade et sa famille un progrès indiscutable.

L'incidence de l'hospitalisation sur la qualité de vie des malades rentrés à domicile n'a pas été abordée dans ce travail. On relève que les auteurs se sont fait à eux-mêmes cette objection (page 104, 3e partie). C'est précisément sur ce point que nous avons axé notre travail. Inversement, les données démographiques hospitalières et médicales ne constituant pas le but de notre travail, il nous manque des données essentielles pour une comparaison fiable : étude de la population âgée de plus de 65 ans, demande d'hospitalisation par spécialités médicales, étude chiffrée de la tranche d'âge 75 - 79, qui apparaît constamment la plus importante.

Ces réserves étant faites, nous rapportons les données comparables concernant la population de plus de 80 ans dans les trois tableaux suivants :

TABLEAU N° 1 - Répartition des admissions au Pavillon N de l'hôpital Edouard-Herriot et à l'hôpital de Chambéry, durant l'année 1978.

	population totale	population + 80 ans	% sur hospitali- sation
Pavillon N	11 295	1 091	9,65
Chambéry	21 523	1 090	5,06

TABLEAU N° 2 - Répartition des malades selon leur devenir au terme de leur passage en service hospitalier.

	LYON (Urgences + Court Séjour)	CHAMBERY (Service Hospitalier)
Décès	39,5 %	23,9 %
Retour à la struc- ture de départ	43 %	65,8 %
Structure définitive différente du départ	14 %	10,2 %

N.-B. : Il n'y a pas de Court Séjour à l'hôpital de Chambéry, ni de service d'hospitalisation d'urgence. Le malade rentre directement dans le service qui correspond à Lyon au service de spécialité dit de Court Séjour, ce qui lui évite déjà un déménagement.

TABLEAU N° 3 - Répartition des malades selon leur devenir au terme de leur passage en Moyen Séjour.

	LYON	CHAMBERY
Décès	36 %	34,3 %
Retour à la struc- ture de départ	28 %	33,5 %
Structure définitive différente du départ	36 %	32,1 %

COMMENTAIRES :

Avec 11 296 admissions en 1978, le pavillon N représente la plus importante structure d'accueil de médecine d'urgence de l'agglomération lyonnaise. La population de plus de 80 ans représente 9,65 % des admissions alors qu'elle ne représente que 5,06 % des admissions à l'hôpital de Chambéry (pour 21 523 admissions annuelles) -tableau n° 1-.

La proportion de décès est significativement plus basse à l'hôpital de Chambéry. Nous proposons deux hypothèses comme base de réflexion pouvant expliquer cette différence :

- Le pavillon N est un service d'urgence. Le caractère d'urgence différencie peut-être le recrutement de ce service d'accueil par rapport au recrutement d'un service hospitalier traditionnel où le vieillard est adressé souvent pour le bilan et le traitement d'une maladie chronique n'ayant pas le même caractère de gravité ;
- Nous avons insisté dans notre travail sur la mort à domicile, comme étant un évènement très important pour le vieillard et sa famille. Il est un fait que de nombreux vieillards sont ramenés agonisants ou décédés de l'hôpital à leur domicile. Seule une étude menée auprès des personnes rentrées à domicile et de leur famille permettrait de savoir si une telle tradition a la même importance dans la région lyonnaise qu'en Savoie. (Nous avons signalé qu'un tel état de chose modifiait considérablement les statistiques hospitalières.)

La proportion plus importante de malades retournant au domicile est, dans ces conditions, un corollaire de ce qui vient d'être énoncé.

Par contre, on retrouve dans les deux séries, des chiffres voisins concernant la population devant se diriger vers une structure de

départ définitive différente. Cela tient, sans doute, au fait que les conditions sociologiques ou familiales influencent moins le placement en Long Séjour que l'important état de dépendance du malade.

Il était normal que les différences s'atténuent dans les résultats de l'activité des services de Moyen Séjour. Les chiffres y sont approximativement comparables.

Enfin, dans l'échantillon de malades que nous avons rencontré à domicile, nous estimons que le médecin généraliste est demandeur de l'hospitalisation dans 94 % des cas, contre 70 % dans la série des malades adressés au pavillon N. (On peut signaler la moindre importance dans les villes moyennes, des services tels que Police-Secours, Pompiers, S.O.S.-Médecins.)

-o-O-o-

C O N C L U S I O N S

Le maintien à domicile et l'hospitalisation sont au coeur du problème posé par le processus du vieillissement de la population.

Ce travail étudie le devenir des 924 vieillards de plus de 80 ans, hospitalisés en 1978 à l'hôpital de Chambéry.

Il s'agit d'un phénomène quantitativement important puisque plus de 12 % de la population départementale de plus de 80 ans est admise à l'hôpital chaque année.

Le tiers des malades ne quittera pas la structure hospitalière, soit que les patients vont y décéder, soit qu'ils vont être admis définitivement en service de Long Séjour ou d'Hospice. Les deux tiers des gens sont censés avoir réintégré les conditions antérieures à leur hospitalisation. Dans un délai moyen de 18 mois après la sortie, la moitié des patients sont décédés. Il existe une différence significative entre le taux de mortalité des gens vivant à domicile, et ceux vivant en structure collective.

Une enquête menée au domicile des vieillards hospitalisés permet d'apprécier l'impact de l'hospitalisation sur la population âgée.

Le refus de l'institutionnalisation, l'attachement au domicile, caractérisent la population âgée.

Apparemment bien supportée, l'hospitalisation fait souvent insidieusement subir au vieillard la révélation de sa vieillesse-maladie.

Le médecin praticien, véritable intermédiaire entre le vieillard et ses institutions, joue un rôle fondamental dans l'appréciation des risques d'une hospitalisation. Il est indispensable de lui fournir

C O N C L U S I O N S

les moyens d'un exercice satisfaisant en développant la politique de maintien à domicile.

Une prise de conscience du corps médical de ce qu'est un vieillard dans son contexte le plus large, et une amélioration indispensable des conditions de travail du personnel des services gériatriques, devraient permettre une meilleure adaptation de l'institution hospitalière aux besoins des personnes âgées.

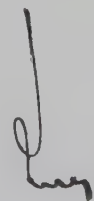
Le Président de la Thèse,



Vu, le Doyen de la Faculté de
Médecine Alexis Carrel,

Vu et Permis d'Imprimer
LYON, le - 9 AVR. 1981

Pour Le Président de l'Université, le 1er
Vice Président Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales,



Professeur R. MORNEX

Professeur ~~XXXXXXXXXX~~ R. MORNEX

LAURENT M., GUY A.

Maintien à domicile et hospitalisation des personnes âgées.

Cahiers Sandoz - 1975 - numéro 29.

LEDUC P.

Trop de vieillards sont hospitalisés.

Le Monde - 23.01.1980 - page 17.

LEMOINE P., MEREL J.-P., PERRIN J., BRUNIER M.

Le vieillard, le médecin, les institutions.

Cahiers Médicaux Lyonnais, 5, 21

pages 1 237 - 1 249.

MENIN Y.

Un circuit pathogène pour les personnes âgées : le triangle vicieux.

L'actualité en gérontologie - 1978 - numéro 12

MEYLAN F., CHAPUY P.

La personne âgée et sa famille. Analyse des conflits familiaux en relation avec le vieillissement du couple parental.

Lyon Médical - 1980 - 243, 1, 27 - 29.

PAILLAT P.

Sociologie de la vieillesse "Que sais-je"

1971 - numéro 1 046 - P.U.F.

PEQUIGNOT H.

Concours médical - 8.12.1979 - 101-45

pages 7 424 - 7 425.

RAPPORT D'ACTIVITE

présenté par le Directeur - Année 1979

Centre hospitalier de Chambéry - Savoie.

